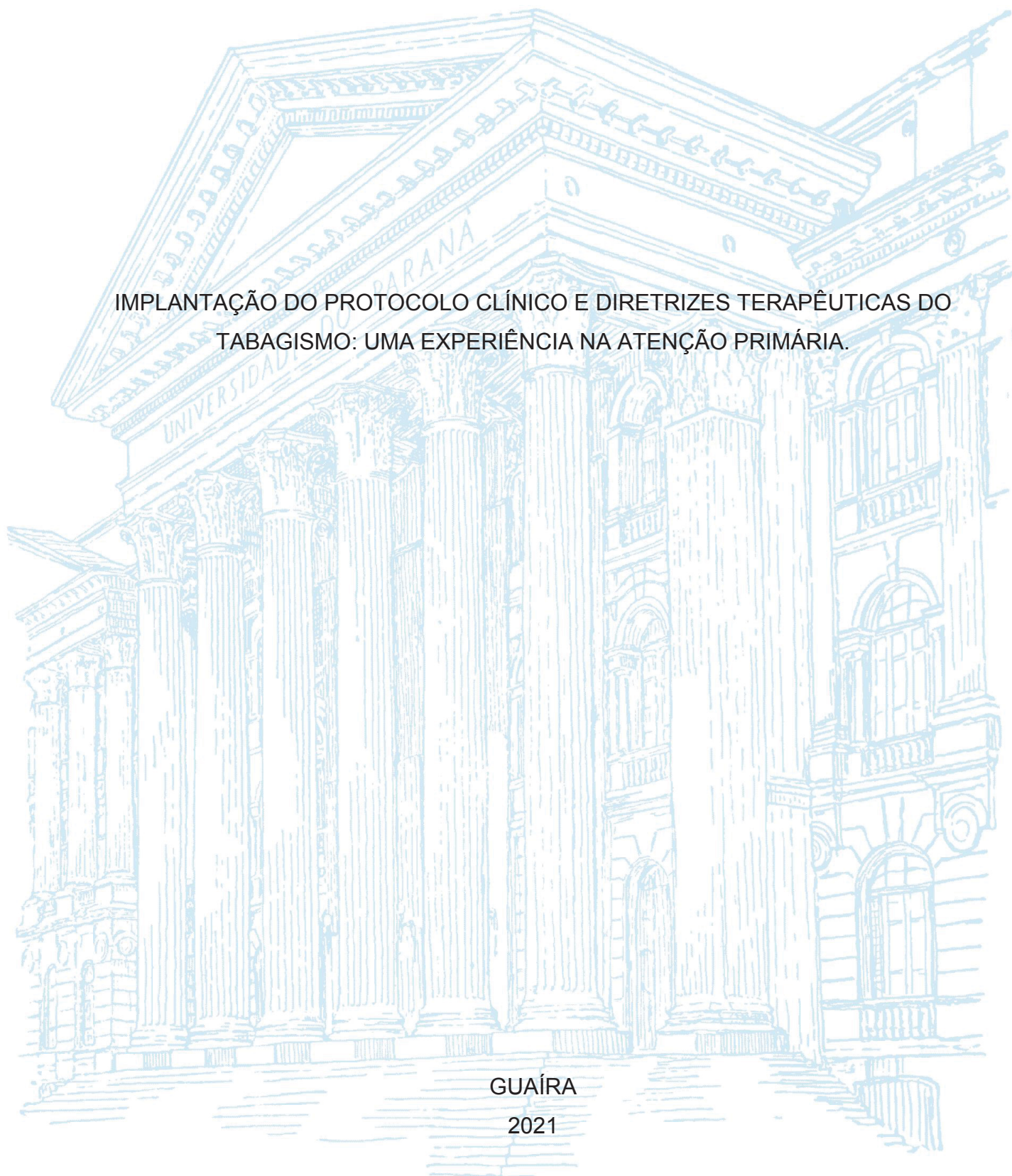


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JOÃO VITOR MARTINS TOLENTINO

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO  
TABAGISMO: UMA EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

GUAÍRA  
2021



JOÃO VITOR MARTINS TOLENTINO

IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO  
TABAGISMO: UMA EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

TCC apresentado ao curso de Pós-Graduação em  
Atenção Básica da Universidade Federal do  
Paraná, como requisito parcial à obtenção do título  
de Especialista em Atenção Básica.

Orientador(a): Prof(a). Msc. Lara Cubis de Lima

GUAÍRA

2021

**A ficha catalográfica é obrigatória para as teses (doutorado e livre docência) e as dissertações (mestrado) defendidas na UFPR, sendo oferecida gratuitamente nas bibliotecas do SiBi/UFPR.**

Em obras impressas, a ficha catalográfica deve constar no verso da folha de rosto. Em obras digitais, a ficha deve constar na página após a página de rosto.

Entre em contato com a biblioteca do seu curso para solicitar a ficha catalográfica para sua tese ou dissertação: <http://www.portal.ufpr.br/contato.html>

Caso o autor tenha interesse em divulgar os dados científicos utilizados para a elaboração da sua Dissertação ou Tese, deve acessar a Base de Dados Científicos da Universidade Federal do Paraná (BDC/UFPR), e solicitar a inclusão do endereço (DOI) na Ficha Catalográfica do seu trabalho.

A presença da ficha catalográfica não significa que o trabalho está normalizado. Os bibliotecários que elaboram as fichas catalográficas não são responsáveis por verificar a normalização da tese/dissertação, uma vez que a normalização é de responsabilidade do autor do trabalho. As bibliotecas do SiBi/UFPR oferecem orientação sobre a normalização de trabalhos. Se necessário, consulte a biblioteca do seu curso para obter informações sobre essa orientação.

Em cumprimento à Resolução n. 184, de 29 de setembro de 2017, do Conselho Federal de Biblioteconomia (CFB), a ficha catalográfica deve estar acompanhada do nome e do número de registro profissional do bibliotecário que a elaborou. Portanto, **solicitamos que as informações da ficha não sejam alteradas, inclusive as palavras-chave, que estão padronizados no Sistema de Bibliotecas da UFPR.** Se necessitar de qualquer alteração na ficha, por favor, solicite-a ao bibliotecário.

Outras informações: [http://www.portal.ufpr.br/ficha\\_catalog.html](http://www.portal.ufpr.br/ficha_catalog.html)

**Mantenha essa página em branco para inclusão da ficha catalográfica após a conclusão do trabalho.**

## TERMO DE APROVAÇÃO

NOME DO(A) ALUNO(A)

TÍTULO DO TRABALHO

Tese/Dissertação/Monografia/TCC apresentada ao curso de Pós-Graduação em \_\_\_\_\_, Setor de \_\_\_\_\_, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor/Mestre/Especialista/Bacharel em \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Prof(a).Dr(a)./Msc. \_\_\_\_\_

Orientador(a) – Departamento \_\_\_\_\_, INSTITUIÇÃO

\_\_\_\_\_  
Prof(a). Dr(a)./Msc. \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_, INSTITUIÇÃO

\_\_\_\_\_  
Prof(a). Dr(a)./Msc. \_\_\_\_\_

Departamento \_\_\_\_\_, INSTITUIÇÃO

Cidade, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

**Mantenha essa página em branco para inclusão do termo/folha de aprovação assinado e digitalizado.**

## RESUMO

O tabagismo, além de consistir em um importante fator de risco para várias doenças crônico-degenerativas, é considerado a principal causa de mortes evitáveis no mundo. A atenção básica por possuir atributos como o primeiro acesso, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, é um local privilegiado para realizar o tratamento dessa condição de forma custo-efetiva. O presente trabalho objetiva implantar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (PCDT) e por meio dele reduzir o número de fumantes na área de abrangência da unidade básica de saúde (UBS) do distrito de Bela Vista d'Oeste. A abordagem dos pacientes será realizada conforme preconizado pelo PCDT, aprovado no Brasil pela Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020. Espera-se com essa estratégia a cessação do tabagismo em pelo menos quarenta por cento dos pacientes submetidos ao protocolo, após doze meses de acompanhamento. A luta da sociedade contra o tabagismo deve ser contínua e inexorável. Nesse propósito, a atuação dos profissionais de saúde torna-se ainda mais necessária e importante, seja pelo contato mais próximo com a população tabagista ou pelo maior conhecimento que possuem. A atual pandemia do COVID-19 tem sido uma limitação importante para o prosseguimento das atividades propostas, já que tem obrigado alterações constantes em decretos governamentais que por vezes impedem a realização dos encontros em grupos.

Palavras-chave: Abandono do Uso de Tabaco. Abandono do Hábito de Fumar. Atenção Primária à Saúde

## **ABSTRACT**

Tobacco addiction, besides being an important risk factor to various chronic degenerative diseases, is considered to be the main cause of preventable deaths in the world. Primary Health Care constitutes a privileged space to treat this condition in a cost-effective manner due to its main attributes, such as primary access and continuity and integrality of patient care. The aim of the present study is to implement the Clinical Protocol and Therapeutical Guidelines to Tobacco Addiction to reduce the number of smokers within the covered area by Bela Vista d'Oeste district's Basic Health Unit. Approaching of patients will be performed as prescribed by the protocol, approved in Brazil by Joint Ordinance no. 10 in April of 2020. Through this strategy, it is expected that at least 40 per cent of patients who undergo protocol treatment will cease their smoking habit after 12 months of medical follow-up. Society's battle against tobacco addiction must be continuous and relentless. In this sense, the work of health care professionals is even more relevant and necessary, either due to their closeness in terms of relationship to tobacco smokers, either due to greater technical knowledge possessed regarding this condition. Present COVID-19 pandemic has been an important limitation to the continuity of scheduled activities since there have been constant alterations of governmental decrees, which prevent the organization of group meetings.

Keywords: Tobacco Use Cessation. Smoking Cessation. Primary Health Care.

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – TESTE DE FAGERSTRÖM PARA A DEPENDÊNCIA À NICOTINA....	14
--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS**

DPOC	- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PCDT	- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo
PNCT	- Programa Nacional de Controle do Tabagismo
SUS	- Sistema Único de Saúde
TRN	- Terapia De Reposição de Nicotina
UBS	- Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1	CONTEXTO E PROBLEMA .....	10
1.2	OBJETIVOS .....	12
1.2.1	Objetivo geral .....	12
1.2.2	Objetivos específicos.....	12
1.3	METODOLOGIA.....	12
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>3</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>24</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>26</b>
4.1	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	26
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>27</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTO E PROBLEMA

A unidade básica de saúde (UBS) do distrito de Bela Vista d'Oeste está localizada na cidade de Guaíra, estado do Paraná. Distante 30 quilômetros da zona urbana, a unidade tem fácil acesso pois está às margens da BR-163. Por se tratar de uma área rural, a UBS Bela Vista d'Oeste abrange cerca de 30% de todo o território da cidade, atendendo, além do mencionado distrito sede, as comunidades Maracaju dos Gaúchos, Salamanca, Rancho Alegre, Cachimbeiro e Encruzo Louveira.

Na área adscrita pertencente a essa UBS há três associações de moradores. A primeira é na comunidade que dá nome e é sede da unidade e outras duas nas comunidades do Maracaju dos Gaúchos e Salamanca, onde existem ainda dois pontos de apoio para atendimento médico e de enfermagem que ocorrem em um turno na semana em cada uma dessas localidades. Em sua área de abrangência localizam-se as seguintes instituições de ensino: Escola Municipal Mário Calmon Eppinghaus, Colégio Estadual Ana Maria Bolwerk, Centro Municipal de Educação Infantil José Darcizio Vain e Escola Municipal José de Alencar.

Quanto ao perfil social da comunidade, a maioria da população vive da agricultura familiar de pequeno porte ou de proventos advindos de benefícios previdenciários. Há também a presença de proprietários de somas expressivas de terras agricultáveis além de alguns desocupados e desempregados. Desse modo, a maior porção dos habitantes é de baixa renda.

Nesse território residem 1261 pessoas, agrupadas em 475 famílias. Desse total, 664 (52,6%) são mulheres e 597 (47,4%) são homens. Quando distribuída por faixa etária, assim se mostra a composição da comunidade: 117 (9,3%) crianças, 178 (14,1%) adolescentes, 756 adultos (60%) e 210 (16,6%) idosos. Por se tratar de região distante da zona urbana (cerca de 30 km), 100% da população reside no meio rural.

A taxa de mortalidade geral da população da área de abrangência é de 5 mortes por 1000 habitantes e as cinco principais causas de mortalidade no último ano foram infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, neoplasia, causas externas como acidentes e pneumonia. A taxa de mortalidade infantil na

comunidade encontra-se atualmente com valor proporcional alarmante, já que houve 01 óbito infantil para 20 crianças nascidas (taxa de 1 para 20 nascidos vivos) no último ano. De outro modo, o coeficiente de razão de mortalidade materna é igual a 0, não tendo sido registrado nenhum óbito de mulher por causas ligadas à gravidez, parto e puerpério no período.

Como o acesso à unidade é fácil, sobretudo para os moradores da comunidade sede (Bela Vista), a procura pelo serviço de saúde é comum e constante por parte da população. No entanto, nos últimos meses tal realidade se alterou em razão da pandemia. As queixas mais comuns reportadas pelos pacientes são infecções agudas de via aérea superior, lombalgia, tosse, cefaleia e alterações na pressão arterial. Uma doença extremamente prevalente no dia a dia da unidade, sobretudo pelo alto índice de idosos vivendo na comunidade, é a hipertensão arterial. Com 302 pacientes hipertensos, atingimos uma prevalência de quase 24% da população. Há ainda 83 portadores de diabetes. Ademais, entre outros agravos, não há como não citar a alta frequência de queixas osteomusculares, já esperada em razão da maioria da população ser composta por agricultores. Os diagnósticos mais associados a essas queixas são lombalgia mecânica comum e síndrome do manguito rotador.

A cidade de Guaíra e sobretudo a minha área de atuação é fortemente impactada pelo contrabando de cigarros provenientes do Paraguai. Desse modo, é alto o índice de utilização do tabaco na população, que tem acesso absurdamente fácil a esses produtos, atingindo, além dos fumantes ativos, aqueles contatos mais próximos, chamados de fumantes passivos. A comunidade tem alta prevalência de doenças respiratórias crônicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e casos recorrentes de infecções de vias aéreas superiores na população em geral, tendo o cigarro como importante fator causal, mesmo nos fumantes passivos. Durante meu primeiro ano de atuação na unidade de saúde houve um grande número de pessoas que procuraram assistência médica para cessar o tabagismo. Dessa forma, o enfoque deste projeto será a intervenção acerca do hábito de fumar, com o intuito de reduzir as altas taxas de prevalência de tabagistas na área de abrangência da UBS Bela Vista.

Tal escolha justifica-se no fato de o tabagismo ser a causa prevenível mais importante de aproximadamente metade das doenças dos países em

desenvolvimento e seu uso ameaça minar o seu desenvolvimento econômico e social.<sup>1,2</sup>

Mundialmente o uso do tabaco constitui uma das dependências de maior prevalência, sendo considerada a principal causa de mortes evitáveis, ceifando mais de cinco milhões de pessoas por ano em todo o mundo.<sup>3</sup>

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Implantar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (PCDT) e por meio dele reduzir o número de fumantes na comunidade.

### 1.2.2 Objetivos específicos

Realizar abordagem ativa em todas as consultas de pacientes tabagistas, mesmo que por outro motivo.

Conscientizar a comunidade a respeito dos efeitos nocivos do cigarro, mesmo para aqueles que não fumam.

Selecionar os pacientes motivados a abandonar o tabaco e incluí-los no protocolo clínico.

Realizar grupos de tabagismo com os pacientes selecionados seguindo as diretrizes propostas pelo PCDT e fornecer todo o suporte necessário por elas designadas.

## 1.3 METODOLOGIA

O projeto acontece na UBS Bela Vista do Município de Guaíra, Paraná e terá como população alvo os indivíduos tabagistas residentes na área de abrangência da mesma.

A metodologia utilizada para execução do projeto é de pesquisa-ação. A fase exploratória foi marcada pela reflexão da situação local e levantamento dos problemas mais comuns da comunidade. Na fase de tema da pesquisa houve discussão entre os membros da equipe de saúde da unidade e alguns membros da

população local sobre o que mais causaria interesse nos sujeitos pesquisados. Observou-se que o alto índice de fumantes na comunidade, principalmente entre pacientes idosos com outras comorbidades, é o tema que mais causava preocupação entre os participantes do debate. Na etapa de colocação do problema constatou-se que a alta prevalência de tabagistas suscitava uma ação comunitária objetivando reduzir o consumo de derivados do tabaco. Na penúltima fase, após revisão de literatura realizada, foi apresentado à equipe de saúde as bases do PCDT do tabagismo e como o mesmo propõe as medidas necessárias para se atingir o abandono do vício. Sendo assim, finalmente houve a elaboração da proposta de implantação do PCDT na unidade de saúde com o intuito de minorar o número de fumantes naquela área.

Segundo o fluxograma de tratamento do PCDT, todos os indivíduos tabagistas que desejam parar de fumar devem ser abordados. Participarão da intervenção todos os pacientes que manifestarem esse desejo seja por procura espontânea ou através de busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde. Não haverá distinção de idade, sexo ou etnia. Os participantes serão agrupados em grupos de 10 a 15 pessoas.

São considerados como dependentes os indivíduos que tenham apresentado, no ano anterior, pelo menos três dos critérios a seguir:

- desejo forte e compulsivo para consumir a substância (fissura ou craving);
- dificuldade para controlar o uso (início, término e níveis de consumo);
- estado de abstinência fisiológica diante da suspensão ou redução, caracterizado por síndrome de abstinência e consumo da mesma substância ou similar, com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência (reforço negativo);
- evidência de tolerância, ou seja, necessidade de doses crescentes da substância para obter os efeitos produzidos anteriormente com doses menores;
- abandono progressivo de outros prazeres em detrimentos do uso de substâncias psicoativas;
- aumento do tempo empregado para conseguir ou consumir a substância ou recuperar-se de seus efeitos;
- persistência no uso apesar das evidentes consequências, como câncer pelo uso do tabaco, humor deprimido ou perturbações das funções cognitivas relacionada com a substância.

O diagnóstico de dependência da nicotina é clínico e deve ser feito por meio de avaliação do profissional da saúde que atende o usuário de tabaco, seguindo os critérios diagnósticos descritos acima. Não são utilizados exames físicos, laboratoriais ou de imagem para este fim. O profissional da saúde baseia-se no relato do paciente. Para avaliar o grau de dependência à nicotina, pode ser usado o Teste de Fagerström (Tabela 1). Composto de seis perguntas, com escores que variam de zero a dez, ele indica que o tabagista poderá experimentar sintomas desconfortáveis da síndrome de abstinência, quando o resultado encontrado for acima de 6 pontos.<sup>4</sup> Todos os integrantes do grupo serão avaliados com o teste.

TABELA 1 - TESTE DE FAGERSTRÖM PARA A DEPENDÊNCIA À NICOTINA

Perguntas	Respostas	Pontuação
1. Quanto tempo após acordar você fuma seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	De 6 a 30 minutos	2
	De 31 a 60 minutos	1
	Mais de 60 minutos	0
2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?	Sim	1
	Não	0
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação?	O 1º da manhã	1
	Os outros	0
4. Quantos cigarros você fuma por dia?	Menos de 10	0
	11-20	1
	21-30	2
	Mais de 31	3
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?	Sim	1
	Não	0
6. Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar acamado a maior parte do tempo?	Sim	1
	Não	0
Escore Total (da dependência): 0-2 = muito baixa; 3-4 = baixa; 5 = média; 6-7 = elevada; 8-10 = muito elevada		

FONTE: Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020 <sup>5</sup>

A abordagem breve deve ser implementada como um componente essencial do protocolo de atuação na área da saúde. <sup>6</sup>

Abordagem breve/mínima: consiste em perguntar e avaliar, aconselhar e preparar o fumante para que deixe de fumar, sem no entanto, acompanhá-lo nesse processo. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, sobretudo por aqueles que têm dificuldade de fazer um acompanhamento desse tipo de paciente (exemplo: profissionais que atuam em pronto socorro; pronto atendimento; triagens, etc.). Este tipo de abordagem pode ser realizada em 3 minutos durante o contato com o paciente. Vale salientar que embora não se constitua na forma ideal de atendimento, pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que um grande número de fumantes sejam beneficiados, com baixo custo (BRASIL, 2001, p. 13).

Abordagem básica: consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar o fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 5 minutos, em média, em cada contato. Indicada a todos os fumantes. É mais recomendada que a anterior (PAAP), porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública, e também oferece a vantagem do baixo custo (BRASIL, 2001, p. 13).

As perguntas sugeridas para essas abordagens são:

- Você fuma? Há quanto tempo? *(Auxilia diferenciar a experimentação do uso regular.)*

- Quantos cigarros fuma por dia? *(Pacientes que fumam 20 cigarros ou mais por dia provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência ao abandonar o hábito tabágico.)*

- Quanto tempo após acordar acende o 1º cigarro? *(Pacientes que fumam nos primeiros 30 minutos após acordar, provavelmente terão uma maior chance de desenvolverem fortes sintomas de síndrome de abstinência ao abandonar o hábito tabágico.)*

- O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? *(Permite avaliar se o fumante está pronto para iniciar o processo de abandono do tabaco.)*

Em caso de resposta afirmativa, perguntar: Quando?

- Já tentou parar? *(Se a resposta for afirmativa, fazer a próxima pergunta.)*

- O que aconteceu? *(Permite identificar o que ajudou e o que atrapalhou a deixar de fumar, de modo que esses dados sejam trabalhados na próxima tentativa.)*

A partir das respostas às perguntas acima, o fumante será aconselhado a parar de fumar, adaptando as mensagens ao seu perfil e levando em consideração a idade e existência de doenças associadas ao tabagismo, entre outros aspectos. A

conduta deve estar de acordo com o interesse do fumante em deixar de fumar, ou não, no momento da consulta.

Os fumantes que não estiverem dispostos a parar nos próximos 30 dias serão estimulados a pensar sobre o assunto e abordados no próximo contato.

Para aqueles interessados em parar de fumar, a etapa seguinte é prepará-los para isso. Nessa etapa da preparação para cessação, o médico deve sugerir que o fumante marque uma data para o início do seu processo; explicar os sintomas da abstinência, sugerir estratégias para controlar a vontade fumar (repetidamente tomar água e escovar os dentes, por exemplo) e para quebrar os estímulos para fumar (como restringir o uso de café e de bebidas alcoólicas, desfazer-se de isqueiros, evitar ambientes ou situações que estimulem o fumar e aprender a lidar com situações de estresse, entre outros). Esse preparo deve levar em consideração as experiências individuais do paciente e do próprio profissional que o está atendendo.

O ideal é que todos os fumantes que estão em processo de cessação de fumar sejam acompanhados com consultas de retorno para garantir um apoio na fase inicial da abstinência, quando os riscos de recaída são maiores.

O tratamento para cessação do tabagismo no Sistema Único de Saúde (SUS) consiste no aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem intensiva, acompanhado pelo tratamento medicamentoso. Este último inclui os seguintes medicamentos: nicotina (adesivo, goma e pastilha), na terapia de reposição de nicotina (TRN) isolada ou em combinação; e cloridrato de bupropiona. O tempo de tratamento total preconizado é de 12 meses e envolve as etapas de avaliação, intervenção e manutenção da abstinência. A etapa de avaliação é o momento em que será possível conhecer a história tabagística (como idade de iniciação e tentativas para deixar de fumar), histórico patológico (presença ou não de doenças relacionadas com o tabaco), avaliação do grau de dependência da nicotina (Teste de Fagerström) e estágios de motivação para cessação do tabagismo. Essa avaliação inicial permitirá ao profissional da saúde definir se, além da abordagem cognitivo-comportamental, o paciente necessitará de medicação e de qual tipo. Tal etapa já está em execução na unidade e visa captar os pacientes motivados para o abandono do vício para comporem os grupos. As etapas de intervenção e manutenção seguem a etapa de avaliação e estão descritas a seguir. O desfecho esperado é a cessação total do tabagismo, ou seja, a interrupção do uso da nicotina



em qualquer de suas formas. A falha terapêutica deve ser entendida como o não alcance da cessação do tabagismo ao final do tratamento.

A abordagem não medicamentosa (aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem intensiva) é parte do protocolo do PCDT e deve ser realizada em todos os indivíduos em tratamento do tabagismo. O aconselhamento terapêutico da dependência à nicotina envolve a intervenção não medicamentosa, que visa à compreensão do problema e a melhora no controle dos sintomas de abstinência. Cabe ressaltar que o formato do aconselhamento estruturado/abordagem intensiva deve considerar, preferencialmente, a disponibilidade e viabilidade dos indivíduos, dos profissionais e dos serviços de saúde. Esse tratamento é baseado na terapia cognitivo-comportamental e realizado em sessões periódicas, de preferência em grupo de apoio, podendo também ser individual. Consiste em fornecer informações sobre os riscos do tabagismo e os benefícios de se parar de fumar e no estímulo ao autocontrole ou autocuidado para que os indivíduos possam administrar o ciclo da dependência. O aconselhamento estruturado/abordagem intensiva será executado pelo médico da unidade. Para esse fim será utilizado o esquema abaixo.

As quatro sessões iniciais compõem a etapa de intervenção e ocorrerão semanalmente, onde serão abordados os seguintes conteúdos:

Sessão 1: Entender porque se fuma e como isso afeta a saúde.

Nesta sessão serão desenvolvidas orientações sobre as características do tabagismo; dualismo do fumante em parar ou continuar fumante; mecanismos para deixar de fumar; as principais substâncias expostas ao usuário pela fumaça do produto e seus prejuízos à saúde. Também serão abordadas tarefas para que o paciente identifique e estime sua dependência física e psicológica; os participantes serão evocados a pensar numa data e o método que usarão para deixar de fumar e apresentarão na sessão 2, objetivando a organização do processo de parada.

Sessão 2: Os primeiros dias sem fumar.

Nesta sessão serão debatidos aspectos sobre como viver os primeiros dias sem fumar, síndrome de abstinência e estratégias para superá-la, exercícios de respiração e relaxamento, as contribuições do pensamento construtivo diante dos sintomas da abstinência, motivação, tarefas que estimulem o fumante a efetivar a cessação na data e a forma escolhida para deixar de fumar.

Sessão 3: Como vencer os obstáculos para permanecer sem fumar

Nesta sessão os indivíduos serão estimulados a reconhecer os benefícios físicos obtidos após a parada do uso do tabaco, explanação das causas e estratégias para lidar com o ganho de peso que se segue ao parar de fumar, o papel do álcool e sua relação com o parar de fumar, importância do apoio de outras pessoas para continuar sem fumar. Também serão apresentadas atividades que envolvam leituras e estímulo à prática dos exercícios de relaxamento e dos procedimentos práticos para lidar com a fissura (ânsia).

Sessão 4: Benefícios obtidos após parar de fumar.

Nesta sessão, após a definição pelo responsável da abordagem sobre os benefícios indiretos em parar de fumar, o indivíduo será estimulado a apresentar alguns exemplos desses benefícios. Será abordado então as principais armadilhas evitáveis para permanecer sem fumar, os benefícios a longo prazo obtidos com cessação do hábito de fumar e planos de acompanhamento para prevenção da recaída. Essa sessão também contempla a orientação aos que não conseguiram parar de fumar.

Duas sessões quinzenais, iniciando a terceira e última fase da abstinência, a chamada fase de manutenção.

O teor das sessões de manutenção não mais será estruturado, pois o objetivo fundamental é conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar e auxiliá-lo com orientações.

Uma sessão mensal aberta, para prevenção de recaída, até completar 1 ano.

Assim como nas sessões de manutenções quinzenais, as sessões de manutenção mensal não são estruturadas e seu teor continua a ser conhecer as dificuldades e estratégias de cada fumante para permanecer sem fumar, orientar e fortalecer a decisão de permanecer sem fumar.

Quanto ao uso da medicação na abordagem ao tabagismo, sabe-se que a associação entre o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva e a farmacoterapia é indicada para tratar a dependência à nicotina. A associação das duas formas de tratamento é mais eficaz do que somente o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva ou a farmacoterapia isolada. No entanto, o aconselhamento estruturado/abordagem intensiva isolada é, preferencialmente, preconizado em pacientes que apresentem uma ou mais das características abaixo:

- relato de ausência de sintomas de abstinência;

- nº de cigarros consumidos diariamente igual ou inferior a 5;
- consumo do primeiro cigarro do dia igual ou superior a 1 hora após acordar
- pontuação no teste de Fagerström igual ou inferior a 4

Além disso, independentemente da carga tabágica (número de cigarros/dia ou anos de tabagismo) e do grau de dependência à nicotina, a farmacoterapia não deve ser utilizada em pacientes que apresentem contraindicações clínicas ou por aqueles que optarem pelo não uso de medicamentos, mesmo após receberem esclarecimento adequado por parte do profissional da saúde que os acompanham.

Com relação à farmacoterapia, o tratamento com TRN pode combinar as formas lenta (adesivo) e rápida (goma ou pastilha) de liberação de nicotina, sendo o tratamento preferencial por sua maior eficácia.

Serão oferecidas como opções terapêuticas à TRN combinada: bupropiona isolada, TRN isolada (adesivo, goma ou pastilha) ou bupropiona associada a uma TRN isolada. A indicação de quais métodos terapêuticos que serão adotados para cada paciente será responsabilidade do médico da unidade, que avaliará as contraindicações e outros contextos clínicos particulares de cada usuário. A TRN isolada será indicada no caso de contraindicação do uso de uma das formas de liberação da nicotina e impossibilidade do uso de bupropiona.

Em casos de falha terapêutica, o novo tratamento deve ser definido considerando os motivos da falha, como, por exemplo, eventos adversos da terapia ou dificuldade de adesão ao(s) medicamento(s).

A monitorização do tratamento do tabagismo será feita pela unidade básica de saúde Bela Vista. O desfecho será avaliado por meio do relato dos pacientes quanto à abstinência de produtos com nicotina ao fim dos doze meses de acompanhamento.

Pretende-se formar dois grupos de abordagem na comunidade, atingindo de 20 a 30 pacientes tabagistas. Em razão do estado de pandemia atual ocasionada pelo COVID-19 e sabendo que o distanciamento social é proposto como meio mais eficaz de prevenção do contágio, as atividades grupais serão realizadas respeitando-se os protocolos de segurança recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A intervenção será considerada satisfatória se ao final dos doze meses quarenta por cento ou mais dos pacientes relatarem cessação total do uso de produtos com nicotina.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Diversos fatores podem afetar a cessação do tabagismo, aumentando ou diminuindo as chances de parar de fumar. Os estudos não são uniformes, bem como seus resultados. Menor nível de dependência parece aumentar a chance de cessação do tabagismo.<sup>8-12</sup> Por outro lado, a presença de algum distúrbio psiquiátrico pode ser um fator complicador para cessação.<sup>8,13-15</sup>

Evidências menos consistentes apontam para outros fatores relacionados com a dificuldade em parar de fumar, como baixa motivação, ausência de atividade física, ausência de doenças relacionadas ao tabagismo, tempo de uso de tabaco igual ou inferior a 20 anos, início do tabagismo com 18 anos ou mais, não participações em sessões de manutenção, presença de gatilhos, ser solteiro(a) e alta escolaridade.<sup>9, 10, 12, 15-17</sup>

A nicotina, substância encontrada no tabaco, é a responsável pela dependência do cigarro. É encarada como psicoativa e atua estimulando o sistema nervoso central (sistema mesolímbico), que está relacionado com a atenção, motivação, sexualidade, recompensa e prazer.<sup>18-20</sup>

O risco de dependência tem relação direta com a rapidez que a substância produz seu pico de ação. Após a tragada do produto, em poucos segundos, a nicotina atinge o sistema de recompensa estimulando a liberação de transmissores cerebrais, como a dopamina, que é responsável pela sensação de prazer, melhora da cognição, maior controle de estímulos e emoções negativas e redução de ansiedade e do apetite. Tal mecanismo produz um reforço positivo e a necessidade de repetição de seu uso.<sup>19,20</sup>

A nicotina age ainda bloqueando o sistema ácido gama-aminobutírico, o que possibilita ao tabagista experimentar uma sensação de prazer e bem-estar ainda mais intensa e duradoura. Com o tempo, uma maior quantidade será necessária para alcançar e manter essas sensações, o que se dá o nome de tolerância, e, portanto, o quadro de dependência química. Além disso, por a nicotina apresentar meia-vida de duas horas, após esse período, ao se reduzir os níveis plasmáticos, sintomas desagradáveis como irritação, depressão, ansiedade e aumento do apetite, podem surgir e dificultar a abstinência, o que faz com que o tabagista fume novamente para livrar-se do desconforto.<sup>19-22</sup>

Em um célebre estudo prospectivo realizado no Reino Unido, percebeu-se que o ato de parar de fumar, mesmo em idade mais avançada, aumenta a expectativa de vida dos pacientes. Os fumantes que se livraram do vício aos 60 anos conquistaram pelo menos 3 anos de vida adicionais na expectativa de vida; aqueles que cessaram o tabagismo aos 50 anos ganharam 6; e os que o fizeram aos 40 somaram cerca de 9 anos à expectativa inicial. Os que pararam antes da meia-idade ganharam aproximadamente dez anos de vida e tiveram curvas de sobrevida semelhantes às de pessoas que nunca fumaram.<sup>23</sup>

Quanto à melhora da morbidade do tabaco, sabe-se que parar de fumar antes dos 50 anos implica uma diminuição de 50% no risco de morte por doenças relacionadas ao tabagismo após 16 anos de abstinência. O risco de morte por câncer de pulmão é reduzido de 30% a 50% em ambos os sexos após dez anos sem fumar e o risco de doenças cardiovasculares diminui em 50% após um ano sem fumar.<sup>24</sup>

As estratégias usadas para o tratamento para cessação do tabagismo podem ser divididas em intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso. As intervenções psicossociais incluem aconselhamento, materiais de autoajuda e abordagem cognitivo-comportamental, com ênfase nesta última, que representa o alicerce principal do tratamento. O tratamento medicamentoso aumenta significativamente as chances de o fumante alcançar a cessação completa, mas desempenha um papel auxiliar no acompanhamento do indivíduo. (BRASIL, 2015, p. 55).

A utilização de medicações visa o controle dos sintomas de abstinência provocados pela interrupção do uso de tabaco. A taxa de abandono chega a triplicar ao se associar a terapia medicamentosa às abordagens comportamentais e motivacionais em comparação a qualquer abordagem isolada.<sup>24</sup>

Em 2012, importante revisão sistemática demonstrou que todas as formas de reposição de nicotina disponíveis no mercado mundial aumentam em 50% a 70% as possibilidades de abstinência em longo prazo, principalmente quando se trata de fumantes motivados para o abandono do vício e com elevada dependência à nicotina.<sup>25</sup> Consiste em oferecer nicotina sem o uso do tabaco para aliviar os sintomas da abstinência e, por não depender do ato de fumar, descaracteriza o consumo relacionado à dependência física e ao hábito do tabagismo.<sup>24</sup>

O cloridrato de bupropiona pertence à classe dos antidepressivos e é outra terapia medicamentosa indicada no tratamento do tabagismo pelo PCDT. Múltiplos

estudos já provaram sua eficácia, que pode aumentar em até duas vezes a taxa de abstinência.<sup>24</sup>

Segundo a OMS, a prevalência do tabagismo em todo o mundo é de cerca de 30%. Se as tendências atuais não forem revertidas, em 2030 cerca de dez milhões de pessoas no mundo morrerão de doenças relacionadas ao consumo de tabaco, sete milhões nos países desenvolvidos, o que tornará o fumo a principal causa de morte no mundo.<sup>26</sup>

Aproximadamente um terço da população mundial adulta, em torno de 1,3 bilhão de pessoas, é fumante. Dentre estes, predominam os homens, mas as mulheres vêm aumentando progressivamente sua participação. Quanto menor os anos de escolaridade da população, maior o número de fumantes encontrados.<sup>27</sup>

Estudos revelam que a prevalência média do consumo de tabaco na população em geral no Brasil é de 16,1%. Sendo a prevalência maior no sexo masculino (20,5%) quando comparados àqueles do sexo feminino (12,4%).<sup>28, 29</sup>

Foi na década de 1970 que, no Brasil, começaram a surgir movimentos de controle do tabagismo. Em 1985, com a criação do Grupo Assessor para o Controle do Tabagismo e, em 1986, com a criação do Programa Nacional de Combate ao Fumo foi que a atuação governamental, em nível federal, começou a tornar-se mais evidente.<sup>30-33</sup>

Atualmente é por meio do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) que o poder público tem atuado no combate ao tabagismo. Seu objetivo é reduzir a prevalência de fumantes e a consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco no Brasil através de um modelo lógico onde ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, junto com o apoio a adoção ou cumprimento de medidas legislativas e econômicas, se somam para prevenir a iniciação do tabagismo; para promover a cessação de fumar; para proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco e reduzir o dano individual, social e ambiental dos produtos derivados do tabaco. O PNCT articula a Rede de tratamento do tabagismo no SUS, o Programa Saber Saúde, as campanhas e outras ações educativas e a promoção de ambientes livres.<sup>34</sup>

Posto isso é inegável a importância do tema proposto para toda a sociedade, sobretudo no contexto social em que a unidade de saúde se encontra. O assunto reveste-se ainda mais de valor para os profissionais que atuam naquela UBS já que é notável a quantidade de pacientes desejosos de abandonar o tabagismo. Com

esse intuito já se colheram bons frutos na comunidade e a nova meta seria ampliar o acesso de pacientes aos grupos de tabagismo, fornecendo-os todo o suporte necessário para o alcance do objetivo. A melhor forma de realização do que se propõe é através da implantação do PCDT, que define o conceito geral do tabagismo, critérios de diagnóstico, de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação. É um documento de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes. Foi aprovado pela Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020.<sup>5</sup>

O combate ao tabagismo é sempre oportuno, devendo ser constante e implacável. A proposta vai ao encontro das expectativas de boa parte dos pacientes fumantes, de seus familiares e de todos os profissionais que atuam no território.

### 3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram selecionados catorze pacientes para dar início às atividades propostas pelo PCDT. Dez pacientes serão abordados num grupo terapêutico e os outros quatro serão submetidos à abordagem individual, em função de quadro demencial com prejuízo cognitivo.

Precedendo as ações específicas do PCDT, realizamos duas palestras (período matutino e vespertino) no dia 10/11/2020 para os tabagistas do território. Estiveram presentes 25 pacientes usuários de tabaco convocados pelas agentes de saúde, identificados como os fumantes de mais longa data na área. A razão de realizar as palestras em dois períodos justificou-se na necessidade de evitar aglomeração na unidade, que não conta com espaço físico que suportaria todos os pacientes de uma só vez. Desse modo, conseguiu-se garantir as recomendações de distanciamento social aliado às outras medidas de prevenção exigidas pelo atual estado de pandemia. Foram abordados os prejuízos do hábito tabágico para saúde, enfatizando sua relação na gênese de várias doenças. Foram apresentados ainda os benefícios de abandono desse vício a fim de motivá-los a abster o uso.

No dia 17/10/2020 aconteceu o primeiro encontro do grupo terapêutico, no qual todos os 10 pacientes selecionados estavam presentes. Todos os integrantes foram selecionados de acordo a análise de seu estado motivacional para abandono do vício. Nesse encontro, como propõe o PCDT, foi discutido sobre as características do tabagismo; o dualismo do fumante em parar ou continuar fumante; formas adotadas para deixar de fumar; as principais substâncias expostas ao usuário pela fumaça do produto e seus prejuízos à saúde. Foram abordadas ainda tarefas para que o paciente identifique e valore sua dependência física e psicológica e por fim, os participantes foram estimulados a pensar numa data específica e qual o método que usarão para deixar de fumar. No dia 18/10/2020 ocorreu a abordagem individual dos quatro pacientes selecionados para esse fim. Abordou-se o mesmo conteúdo da sessão grupal observando as limitações desses pacientes a fim de garantir a compreensão de cada um deles.

Dos catorze pacientes submetidos ao tratamento, dois não farão uso de tratamento medicamentoso, dois serão medicados com associação de bupropiona e TRN, cinco usuários tratados apenas com TRN e outros cinco farão uso somente da bupropiona.



Como proposto pelo PCDT, as quatro sessões iniciais ocorrerão semanalmente e as demais acontecerão segundo o já exposto na metodologia. Pretende-se ainda a seleção de novos pacientes para comporem um segundo grupo terapêutico.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

### 4.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

A luta da sociedade contra o tabagismo deve ser contínua e inexorável. Nesse propósito, a atuação dos profissionais de saúde torna-se ainda mais necessária e importante, seja pelo contato mais próximo com a população tabagista ou pelo maior conhecimento que possuem. Até o momento foi possível realizar a implantação do PCDT e espera-se com isso reduzir o número de fumantes na comunidade. O próprio protocolo prevê o acompanhamento de doze meses dos pacientes e após esse período será possível mensurar o sucesso no abandono do tabagismo. Sendo assim, a proposta de abandono do tabaco ainda está em curso durante a realização desse trabalho e por isso torna-se infactível valorar um resultado.

Ao final do acompanhamento proposto, espera-se que a realização desse trabalho contribua favoravelmente com vários atores sociais. Aos gestores e ao município, que sirva como modelo bem sucedido de atuação na redução do tabagismo. À equipe de saúde, que mostre ser possível atuar de modo mais intensivo, enérgico e benéfico na vida dos pacientes. Aos usuários e comunidade, que o protocolo se desenhe numa forma contínua e produtiva de levar tabagistas à cessação do vício. Ao sistema de saúde, que sirva a fim de reduzir a morbimortalidade de doenças altamente ligadas ao tabagismo.

A grande limitação encontrada na realização da proposta foram as restrições impostas pela pandemia do COVID-19 e o elevado aumento de casos nas últimas duas semanas na cidade de Guaíra. Tal situação resultou em edição de novo decreto do poder público municipal suspendendo temporariamente a realização de eventos com mais de sete pessoas. Dessa forma os encontros semanais serão reformulados e haverá divisão do grupo de pacientes a fim de não prejudicar o progresso da ação.

Em face do estado inicial de implantação da intervenção, torna-se precipitada longas recomendações para intervenções futuras. Até o momento, percebe-se que o PCDT do tabagismo mostra-se como proposta bem estruturada e clara no combate ao hábito tabágico e a recomendação mais razoável a fazer seria seguir fielmente os parâmetros do protocolo.

## REFERÊNCIAS

1. Global Tobacco Surveillance System (GTSS). Disponível em: <[www.who.int/tobacco/surveillance/en/](http://www.who.int/tobacco/surveillance/en/)> Acesso em: 30 set. 2020.
2. TAYLOR, A. L.; BETTCHER, D. W. **Framework Convention on Tobacco Control: a global “good” for public health**. Bull World Health Organ. 2000;78(7):920-9.
3. PILLON, C. S. et al. **Tabagismo em usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas: um estudo piloto**. Acta paul. enferm. 2011; v. 24, n. 3, p. 313–319
4. REICHERT, J. et al. **Diretrizes para cessação do tabagismo**. J BrasPneumol. 2008; v. 34, n. 10, p. 845–880
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Conjunta nº 10, de 16 de abril de 2020**. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo. Brasília, DF. 2020. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-do-tabagismo.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2020.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para Implementação do Artigo 14 da Convenção-Quadro da Organização Mundial da Saúde para o Controle do Tabaco** – Medidas de redução de demanda relativas à dependência e à cessação do consumo do tabaco. Rio de Janeiro: 2016.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Abordagem e Tratamento do Fumante**. Consenso. Rio de Janeiro: 2001. 38p.
8. VANGELI, E. et al. **Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review**. Addiction. 2011; v. 106, p. 2110-2121.
9. PAWLINA, M. M. C. et al. **Ansiedade e baixo nível motivacional associados ao fracasso na cessação do tabagismo**. J Bras Psiquiatr. 2014; v. 63, p. 113-120.
10. FRANÇA, S. A. S. et al. **Factors associated with smoking cessation**. RevSaude Publica. 2015. v.49.
11. VARELA, D. M. V. L. et al. **Factores asociados com la abstinencia y eficacia de un programa de cesación de tabaquismo**. RevMed Urug. 2007; v. 23, n. 1, p. 25-33.

12. SATTLER, A. C.; CADE, N. V. **Prevalência da abstinência ao tabaco de pacientes tratados em unidades de saúde e fatores relacionados.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2013; v. 18, n. 1, p.253-264.
13. PEÑA, P. et al. **Resultados de un programa multidisciplinario para el control del hábito tabáquico.** RevMed Chil. 2013; v. 141, n. 3, p. 345-352.
14. AZEVEDO, R. C. S. et al. **Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos.** RevAssocMed Bras. 2009; v. 55, n. 5, p. 593-596.
15. TEJADA, C. A. O. et al. **Factors associated with smoking cessation in Brazil.** CadSaude Publica. 2013; v. 29, n. 8, p. 1555-1564.
16. AZEVEDO, R. C. S; FERNANDES, R. F. **Factors relating to failure to quit smoking: a prospective cohort study.** São Paulo Med J. 2011; v. 129, n. 6, p. 380-386.
17. TAMBLAY, N.; SEIJAS, D. **Factores determinantes em eléxito de um tratamento antitabaco.** RevMed Chil. 2008; v. 136, n. 2, p. 179-185.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável.** Brasília, 2018. 426 p.
19. Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein - NEAD. **Site Álcool e Drogas sem Distorção.** 2002.Disponível em: <<http://www.einstein.br/alcooledrogas/>>. Acesso em: 28 set. 2020.
20. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas** [tradução Fábio Corregiari]. São Paulo: Roca; 2006.
21. PERKINS, K. A. **Chronic tolerance to nicotine in humans and its relationship to tobacco dependence.** NicotineTob Res Off J Soc Res NicotineTob. 2002;v. 4, n. 4, p. 405-422.
22. MCCRADY, B. S.; EPSTEIN, E. E. **Addictions: A Comprehensive Guidebook. 1edition.** New York: Oxford University Press; 1999. 672 p.
23. DOLL, R. et al. **Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors.** BMJ, v. 328, p. 1519-1527, jun. 2004.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista.** Brasília, DF, 2015.
25. STEAD, L. F. et al. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. **Cochrane DatabaseSyst. Rev.**, Oxford, v. 11, n. 11, 2012.

26. SOTOLONGO, L. J. C. et al. **Comportamiento del tabaquismo em personal sanitario del Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".** RevCubMed Mil. 2011; v. 40, n. 2, p. 147-156.
27. MARTINS, S. R. S.; CÂNDIO, G. M.; LIMA, M. **Programa para cessação de tabagismo em uma operadora de planos de saúde - relato de experiência.** Ciência & Saúde Coletiva. 2014; v. 19, n. 2, p. 539-552.
28. MALTA, D. C. et al. **Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008.** J BrasPneumol. 2010;v. 36, n. 1, p. 75-86.
29. GODOY, I. **Prevalência de tabagismo no Brasil: medidas adicionais para o controle da doença devem ser priorizadas no Ano do Pulmão.** J BrasPneumol. 2010;v. 36, n. 1, p. 4-5.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. **Pesquisa especial de tabagismo – PETab: Relatório Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde.** Rio de Janeiro; 2011.
31. ROMERO, L. C.; COSTA e SILVA, V. L. **23 anos de Controle do Tabaco no Brasil: a atualidade de Programa Nacional de Combate ao Fumo de 1988.** Revista Brasileira de Cancerologia, 2011;v. 57, n. 3, p. 305-314.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória.** Rio de Janeiro; 2012.
33. CAVALCANTE, T. M. **O controle do Tabagismo no Brasil: avanços e desafios.** Revista de Psiquiatria Clínica, 2005; v. 32, n. 5, p. 283-300
34. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo#3>>. Acesso em: 28 set. 2020.